

市民社会のためのNCDグローバルフォーラム 糖尿病セッション
患者リーダーなどによるワークショップの部／フォーラムの部
開催報告書

**NCD Global Forum for Civil Society Diabetes Session
Patient Leader Workshops/Open Forum
Report by HGPI**

2018年5月29日（火）
Tuesday, May 29, 2018



■NCDs (Non-Communicable Diseases : 非感染性疾患) に関する最近の動向と課題

心疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患などに代表されるNCDs(Non-Communicable Disease:非感染性疾患)は全世界で主要な健康問題となっており、世界保健機関(WHO)の調査によると、2015年には3950万人がNCDsにより死亡しており、全死因の約70%を占めます。さらに、これらの死亡の4分の3は低所得および中所得国で発生しており、グローバルヘルスにおける喫緊の課題となっています。

日本を含む先進国においても、以下の課題が散見されている；

- NCDsの増加に伴う疾患構造の変化に、保健医療システムが対応しきれていない(例：患者さんの自主的な疾病管理の促進や、患者の声をより一層活かし、成果を見越した政策開発制度が必要となる)
- NCDs分野の創薬や医療機器の開発が進められているが、医療費の抑制も同時に求められており、イノベーションと医療体制の維持・両立が必要
- 包括的な保健医療システム、またNCDs分野の開発の広域的価値に深く理解するために、価値を共有・発信できる市民社会のリーダーがこれまで以上に必要
- NCDsはグローバルヘルスの課題であるという認識の周知が必要(例：先進国のこれまでの教訓や対応の成功事例等を低中所得国への共有、低中所得国へ先進国からの経済的な支援が求められる)

このような状況の中で、国際的にもNCD対策を促進する推進力は拡大しており、2009年に設立され約2000の市民団体・学術集団が約170か国で展開する協働プラットフォームである、NCD Allianceによる声も高まっています。これらを受け、2018年9月の国連総会では、2014年に引き続き、NCDsに焦点を当てたハイレベル会合の開催が予定されています(日本医療政策機構(HGPI)はNCD Allianceの日本の窓口として、この活動を推進しています)。

■「NCD Global Forum for Civil Society」の概要

NCDsを取り巻く課題や現状に対峙すべく、日本医療政策機構では、NCDsの各疾病領域において、患者や当事者目線から各疾病における政策課題を抽出し、求められる政策を提言することが重要だと考えています。そのため、国内外の患者や当事者を含めた産官学民がフラットに結集し議論を重ねるグローバルフォーラムを開催することとなりました。

持続可能な医療制度が構築されるためには、当事者の立場からNCDsに関わる問題が抽出され、患者参画型で政策が立案されることが重要だと考えております。そのためにはマルチステークホルダーによるオープンな議論ができる当事者リーダー向けのワークショップ・意見交換会を開催し、参加者ひとりひとりが立場を越えて行動する、そのきっかけとなる場にして頂きたいと願っています。

今回の第1回では、関係団体の協力のもと、糖尿病をテーマとし、患者さんや当事者目線から政策課題を抽出するために、グローバルフォーラム開催前の午前には、患者・当事者リーダー向けのワークショップ・意見交換会を開催致しました。





■ Current NCDs (Non-Communicable Disease) Situation and Challenges

NCDs such as cardiovascular diseases, cancers, diabetes, and chronic respiratory diseases, have become a major health issue worldwide. According to statistics from the World Health Organization, 39.5 million people died due to NCDs in 2015, accounting for approximately 70% of all causes of mortality. The fact that three in four of those deaths occurred in low- to middle-income countries is also an urgent global health issue.

Even in developed countries including Japan, a scattering of issues remains:

- Healthcare systems are unprepared to respond to changes in disease structure due to increases in NCDs (E.g. the necessity for proactive patient self-management and for the creation of policy development systems that further acknowledge patient voices and perspectives on outcomes)
- While innovative medications and medical devices are being continually created within the field of NCDs, cost rebalancing and healthcare system sustainability are also necessary
- Civil society leaders who understand the greater understanding of the broader value of innovation in the field of NCDs as well as the overall healthcare system and can share and communicate that value are in demand
- There is little recognition of the fact that NCDs are a global health issue (E.g. the necessity of sharing lessons learned and best practices between developed and emerging markets, and the need for financial support from the global society)

Amidst these challenges, momentum is also mounting internationally for NCD agenda advocacy, and voices are being raised by the NCD Alliance, a collaborative platform established in 2009 and participated in by approximately 2000 civic society organizations and academic associations that has expanded to around 170 countries. At the General Assembly of the United Nations in September 2018, another High-Level Meeting focusing on the theme of NCDs will be held, as has been done since 2014 (Health and Global Policy Institute (HGPI), registered as a Japan's official NCD Alliance point-of-contact, is promoting this momentum).

■ Overview of the NCD Global Forum for Civil Society

In order to confront the current situation and its aforementioned issues, HGPI will hold global forums within each therapeutic area to crystalize policy issues from patients' perspectives, to propose necessary policies, and to bring together multi-stakeholders such as industry, academia, policy makers, and civil society including patient leaders from both inside and outside Japan to amass discussion on a level playing field.

HGPI will work toward constructing a patient-centered healthcare system, taking an active role in planning from the points of view of patients and will unearth civil society leaders able to disseminate policy issues who are additionally able to appreciate the value of innovation, are globally-minded, and who understand the standpoint of global health.

To that end, at this first session focusing on diabetes, workshops and an opinion exchange were held for patient leaders along with a global forum, and international civil society leaders took part in the workshops and opinion exchange, invigorating the discussions.





市民社会のためのNCDグローバルフォーラム 糖尿病セッション 患者リーダーなどによるワークショップの部

日時： 2018年5月29日（火） 9:30-11:30

会場： 国際文化会館 B1F Room3,4

共催： 特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）

特定非営利活動法人 患者スピーカーバンク（KSB）

特定非営利活動法人 日本慢性疾患セルフマネジメント協会（J-CDSMA）

Partnership to Fight Chronic Disease（PFCD）（慢性疾患対策パートナーシップ）

参加者： 政策立案者、有識者、海外有識者、関連省庁関係者、企業関係者など

プログラム：（敬称略・順不同）

09:30-09:40 開会・趣旨説明

09:40-09:50 基調講演：「薬害エイズ事件からみた患者の声を反映した医療政策の実現」

武田 飛呂城（特定非営利活動法人 日本慢性疾患セルフマネジメント協会（J-CDSMA） 事務局長）

09:50-11:05 ワークショップ：「患者の課題を起点にマルチステークホルダーで考える糖尿病政策の次なる打ち手」

11:05-11:15 テーブルごとの発表

11:15-11:25 海外患者リーダー・他疾患の患者リーダーからのコメント

11:25-11:30 まとめ・閉会



市民社会のためのNCDグローバルフォーラム 糖尿病セッション フォーラムの部

日時： 2018年5月29日（火）13:00-17:00

会場： 国際文化会館 岩崎小彌太記念ホール

主催： 特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）

参加者： 政策立案者、有識者、海外有識者、関連省庁関係者、企業関係者など

プログラム：（敬称略・順不同）

13:00-13:05 **開会の辞（ビデオメッセージ）**

黒川 清（日本医療政策機構 代表理事）

13:05-13:15 **患者リーダーによるワークショップ・意見交換会 レポート**

武田 飛呂城（特定非営利活動法人 日本慢性疾患セルフマネジメント協会 (J-CDSMA) 事務局長）

13:15-13:25 **基調講演1「厚生労働省の糖尿病対策について」**

相原 允一（厚生労働省 健康局 健康課 課長補佐）

13:25-13:45 **基調講演2「日本における糖尿病ケアと政策的課題」**

植木 浩二郎（国立国際医療研究センター研究所 糖尿病研究センター長）

13:45-14:05 **スペシャルセッション「糖尿病をはじめとする非感染症疾患に対する国際協力」**

ケニス トープ（Partnership to Fight Chronic Disease (PFCD)（慢性疾患対策パートナーシップ）代表理事）

14:15-15:45 **パネルディスカッションII「日本の展望：各領域に求められる次の打ち手とは」**

パネリスト：

植木 浩二郎

オーレ ムルスコウ ベック（ノボ ノルディスクファーマ株式会社 代表取締役社長）

クリスティーナ パーソンズ ペレス（NCD Alliance能力開発ディレクター）

ケニス トープ

能勢 健介（任意患者団体 MYSTAR-JAPAN 共同代表）

山崎 優介（広島市立安佐市民病院 看護師）

モデレーター：

乗竹 亮治（日本医療政策機構 事務局長）

市民社会のためのNCDグローバルフォーラム 糖尿病セッション 患者リーダーなどによるワークショップの部

基調講演：「薬害エイズ事件からみた患者の声を反映した医療政策の実現」

武田 飛呂城（日本慢性疾患セルフマネジメント協会 (J-CDSMA) 事務局長）

- ◆ 1980年代前半、海外（米国）血漿由来の非加熱濃縮血液凝固因子製剤にエイズの原因ウイルス（HIV）が混入。適切な安全対策が行われず、約5,000名の血友病患者の内およそ1,400名がHIVに感染し、これまで700名を超える被害者が死亡している。特に1994～1996年にかけての年間死者数は60名前後と最も多かった。被害者たちは、1989年、国と製薬企業を相手に東京・大阪の両地裁へ提訴。1996年に国や製薬企業の加害責任を全面的に認めた和解が成立し、国は和解の条件として被害者への恒久対策を約束。現在まで、国は被害者と定期的に協議をし、恒久対策を行ってきた。
- ◆ 和解後、国は被害者の求めに応じ、エイズ治療・研究開発センターを中心に8地方ブロック拠点病院の設置ならびに拠点病院の整備を行うなど、医療体制の整備に努めた。またドラッグラグ解消のため海外で承認された抗HIV薬の迅速承認審査体制整備を行うなど、患者の求めに応じた政策を実行し、1999年の年間死者数は10名に減少した。こうした政策は被害者の命を救うのみならずHIV医療全体の利益となり、また患者の声が医療政策に届くようなシステムを作ることに貢献した。
- ◆ その後も非加熱製剤によって重複感染しているC型肝炎や長期療養に伴う課題が出ているが、被害者は定期的に国と協議をし、仲間の命を守るために要望を伝え、医療政策に反映させている。
- ◆ このように患者が抱える課題を国に伝えることで、真に患者が医療に参加することにつながり、政策に変化を生み出すことができた。



ワークショップ「患者の課題を起点にマルチステークホルダーで考える糖尿病政策の次なる打ち手」

患者・医療従事者・アカデミア・産業界から参加者を迎え、患者リーダーを含む、異なるステークホルダー同士のディスカッションが行われた。ワークショップ参加者は4つのグループに分けられ、各グループの糖尿病患者リーダーらが、普段の生活における課題や不安について共有し、それらの解決策について、活発な議論や意見交換が行われた。

<グループ1>

- ◆ 糖尿病患者がプライマリ・ケア医を受診しても適切な治療を受けることができるように、プライマリ・ケア医への糖尿病教育の徹底や、糖尿病患者を専門病院に容易に紹介できるなどの仕組みが求められる。患者が複数の医療機関を受診している場合は、医療機関同士の円滑な情報共有が求められる
- ◆ 糖尿病患者は、病気に対する偏見や恥ずかしさから、糖尿病患者であることを周囲に打ち明け難いと感じている。そのため、社会全体が糖尿病について正しく理解し、糖尿病に対するスティグマを解消する活動や取り組みが求められる
- ◆ 糖尿病予防を促進するため、例えば、血糖測定器の保険適用化が期待される
- ◆ コンビニやスーパーのレジ横に並ぶ菓子などをつい手に取ってしまうことから、レジ横では健康食品を販売するなど、健康増進に関する取り組みを積極的に行う販売店に、金銭的なインセンティブを与える仕組みがあってもよいのではないか





<グループ2>

- ◆糖尿病患者において、「治療を受ける急性期の病人（病気におかされている人）」→「治療を継続する慢性期の患者（病気を持つ人）」→「病気にとらわれずに暮らす生活者」へのステップアップが望ましいと考える。医師が病人・患者の治療に重点を置いている場合、生活者を目指している糖尿病患者のニーズを満たすことは困難である。医師以外の介護・医療従事者は、様々なステップで介入して糖尿病患者の多様なニーズを満たせる可能性があるため、介護・医療従事者の更なる裁量権の拡大が期待される
- ◆糖尿病患者の在宅医療現場では、医師・看護師が安全確保できると判断される場合において、介護・医療従事者がインスリン自己注射の介助を行うことがある。このような実態を丁寧に調査することで、介護・医療従事者に求められる役割が明らかになり、更なる裁量権の拡大が可能になるのではないかと考えられる。これらは、糖尿病のみならず他疾患領域にも展開できる事例となり得る
- ◆糖尿病予防や早期発見に関する新しい制度の施行だけでなく、施行された後どのような効果があったのか検証し、改善していくことが求められる
- ◆よりよい糖尿病政策を進めていくために、患者はあらゆるサポート・取り組みを要求するのではなく、優先順位付けをする意識を持つことが必要である

<グループ3>

- ◆糖尿病は網膜症、腎症、神経障害などの合併症を引き起こすため、診療科同士の連携が求められる。一例として、眼科と他科との連携不足が挙げられる。電子カルテの容易な共有を可能にする技術など、最新技術の積極的な利用が期待される
- ◆ヘルスリテラシーが低い人は、健康診断結果の見方がわからず受診が遅れることや、糖尿病のイメージが良くないため受診に踏み切れないことがある。メディアが正しい情報を発信するなど、ヘルスリテラシーを向上させる取り組みが求められる
- ◆糖尿病予防にかかる医療費を増やすことで、重症化してからかかる医療費の削減が期待できる。治療だけでなく、予防にも積極的に取り組むべき
- ◆製薬企業は自社製品に関する情報を豊富に持っている。患者のヘルスリテラシー向上のため、製薬企業が患者に医薬品情報を直接提供できるような仕組みや制度が検討されてもよい

<グループ4>

- ◆糖尿病教育入院は詰め込み教育で、患者の理解が追いついていないという意見もある。教育内容や仕組みの見直しも検討すべき
- ◆医師が他診療科を含む地域のコミュニティと連携できていることは、患者にとって、「信頼できる医師」の重要な要素の一つである。信頼できる医師を増やすために、地域のコミュニティとの連携ネットワーク構築が求められる
- ◆患者個々の生活環境やライフステージに合った糖尿病治療を実現するため、治療は医療従事者に全て任せるのではなく、患者もチーム医療の一員として積極的に参加すべき
- ◆糖尿病の見逃しを防ぐために、企業による定期健康診断の徹底的な実施が求められる。これにより、糖尿病の早期発見・早期治療が可能となり、重症化にかかる医療費の削減が期待される
- ◆糖尿病を理由に解雇されるのではないかと不安から、企業による定期健康診断を受けない糖尿病患者がいる。そのため、糖尿病に対する職場の理解や支援が求められる
- ◆ピアサポートは、自身の取り組みや困りごとなどと同じ疾患を持つ患者と共有することで、患者の不安を取り除くことや、ヘルスリテラシーが向上することなどが期待されている。ピアサポート活動を行う患者団体への助成制度の構築などが検討されてもよい

海外患者リーダー・他疾患の患者リーダーからのコメント

クリスティーナ パーソンズ ペレス (NCD Alliance能力開発ディレクター)

- ◆ 特に画期的な治療薬については、医療システムにかかるコストと公衆衛生上の利益を、政府が慎重に評価する必要がある。高額な新薬をどのように患者や政府が負担していくか議論が求められる
- ◆ 企業にとっても、画期的な薬剤の価格設定は特に難しい。治療薬は、患者の長期治療に必要とされる将来の直接医療費を回避し、全体的に生活の質、そして寿命を延ばすことができる。したがって、長期的に得られる利益を考慮すれば、高い薬価設定も妥当だと考える人もいる

ケニス トープ (米国 Partnership to Fight Chronic Disease (PFCD) (慢性疾患対策パートナーシップ) 代表理事)

- ◆ 世界の多くの国と同様に、日本でも疾患による負担は感染性疾患によるものから非感染性疾患へと大きく移行してきている。慢性的な健康問題を抱える人々が直面するニーズへ対処するためには、これまでと異なる支払と医療提供体制が必須となる。ワークショップの議論を通じ、特に3つの政策領域においてギャップがあることが明らかとなった
 1. 予防 - より広域的な予防プログラムが必要 (例. スタンフォードモデル糖尿病予防プログラム)
 2. 発見 - 疾患の早期発見・治療が必要
 3. 管理 - 複合的な慢性症状を伴う人に対して、プライマリケア医、ナースプラクティショナー、看護師、糖尿病教育者や薬剤師から成る地域を基盤としたケアチームが個人レベルそしてチームレベルでの取り組みといった全人的ケアが効果的に供給されるための支払、財源そして医療提供体制が必要

西村 由希子 (NPO法人Advocacy Service for Rare and Intractable Diseases(Asrid)理事)

- ◆ 糖尿病患者が抱える課題への解決として、①治療から予防へのシフト、②他科との連携システムの構築、③社会への啓発、④患者と医師が協働していく必要性の4つが主に挙げられた。
- ◆ 希少な慢性疾患患者を対象に第三者的な立場からステークホルダーの支援を行っている立場から参加した。1960年頃から患者団体の活動が活発化し、1972年に世界で初めて公的な「難病対策要綱」が制定されたが、2014年に「難病の患者に対する医療等に関する法律」が制定されるまで42年かかっている。この間、2001年に難病対策委員会が開かれたが、医療者と行政から構成されるものであり患者の声が届かない形であった。その後2009年にJPA (日本難病・疾病団体協議会) が発表した声明のなかで、要望のみならず、治療に対する自己負担などへの妥協を含めた内容を伝えたことにより、患者の声も集約され始め、2014年の法制定に至った。この難病の領域においては、患者の声無くして法制度はできず、自分たちにとって良いものをつくるためにはプライオリティを決めて議論することの重要性を認識した。
- ◆ ただ、法制定はあくまでスタート地点であり、法制定後の複雑な運用部分に関する議論は継続的に行っていく必要があり、その際、問題提起は患者サイドからしかできない。難病における「生きづらい」と「治りづらい」を解消するためにpatient reported outcomesは世の中を変えていく第一段階であるべきと考える。
- ◆ 難病の領域では、当事者と家族が中心となった活動が多いため、社会福祉の観点からの発信は可能である。一方、いい治療法、いい薬、良い研究などについては不得手であることから、この観点での取り組みには携わらない方が多いため、この部分をサポートする必要がある。
- ◆ 今回のワークショップで、疾患は違っても抱える課題は同じであることを実感した。疾患横断的に繋がるポイントを皆で幅広く発信できればよい。ステークホルダーを巻き込んでいく課題か、患者主体として考えていく課題かという観点で、それぞれの立場を認識しながらいいアクションが取れる課題解決について考えるべきである。



市民社会のためのNCDグローバルフォーラム 糖尿病セッション フォーラムの部

開会の辞（ビデオメッセージ）

黒川 清（日本医療政策機構 代表理事）

- ◆ 日本医療政策機構はヘルスケアに関する世界的な様々な課題に取り組んできた。市民主体の医療政策の実現、マルチステークホルダーを集めてオープンな対話をしながら医療政策を進めることを目的としてしている。また、NCDアライアンスの日本事務局という役割も担っている
- ◆ 1960年までは多くの世界で結核が一番の死因であったが、生活が豊かになり感染症対策が進んできたが、今日では非感染性の慢性疾患の増加も大きな課題となっている。これは、医療政策における大きなパラダイムシフトであり、その背景に科学技術の進歩があることは確かである
- ◆ 医療者や政府関係者のみならず、患者・家族が、どのようにNCDsの予防・対策をどのように講じていくかを考えていくことは、先進国のみならず低・中所得国も含めた世界の問題である。また予防・対策を考えるにあたって、患者・家族をはじめとした市民中心の討論をすることでよりよい政策の選択肢やその実現へのプロセス、各ステークホルダーの役割を明らかにすることにもつながる
- ◆ 本年9月にはNCDsをテーマとした国連ハイレベル会合が開催される。自分たちに何ができるかも含めて今あるべき方向性を議論し、政府や国際社会に向かってどのように発信すべきかを本会合で共有できればと思う

患者リーダーによるワークショップ・意見交換会 レポート

武田 飛呂城

- ◆ 午前の部では、糖尿病の患者が抱える課題について、マルチステークホルダーがどのような支援を行えば糖尿病をもつ人の生活の質を向上させることができるかを話し合った
- ◆ 話し合いの中で、慢性の病気をもつ人には「病人」・「患者」・「生活者」といった3つの側面が考えられるという意見があがった
 - ①「病人」：主に急性期の段階であり、濃厚な医療が必要な時期
 - ②「患者」：慢性期の段階であり、病気の受け入れや理解を深めていく時期
 - ③「生活者」：病気をもって生きていく段階であり、治りづらい疾患を抱えつつ、さまざまな課題を解決しながら生きていくことで、自身の望む生活へと近づいていこうとする時期
- ◆ 病状の進行によっては、これらの段階を行き来しながら生活するが、「病人」の段階では主に医療者による支援（医療・治療）が必要となる。そして「患者」、「生活者」へと移行する中で、医療者による支援から患者同士やコミュニティによる支援の必要性が濃くなっていく。つまり病気をもつ人のニーズに応じて各段階に適したステークホルダーからの支援を受けることで、病気をもつ人が現状を把握しつつ、「生活者」として望む状況を選択できるようになる
- ◆ では、糖尿病をもつ人にはどんな課題があるだろうか。主に4つの課題と対策が挙げられた
 - 1.（課題）「糖尿病」の社会的ネガティブイメージや社会の知識不足
（対策）糖尿病に対する正しい認識につながる情報提供や啓発活動を促進させるべき
 - 2.（課題）診療科間の連携不足、専門医の不足
（対策）複数の診療科間の連携を充実させるとともに、様々な疾患を把握し、専門医に連携できるようなプライマリケア医を育てるべき
 - 3.（課題）治療にかかる医療費負担が大きいこと
（対策）予防に関わる医療行為に対して診療報酬による評価がされるようなシステムを作るべき。それにより、全体の医療費抑制につながり、支援が必要な人への対策が期待できるのではないかと。また、多くの人に保険診療の範囲で血糖測定が可能となれば自己管理しやすくなり、重症化を防ぐこともでき、結果として医療費負担も下がる
 - 4.（課題）信頼できる主治医との出会い方がわかりにくいこと。また、看護師、薬剤師など医師以外の専門職種が活躍しきれていないことや、メンタル面でのサポートも不足していること
（対策）「生活者」としての生活をサポートする医療者との協働、ピアサポートの活動といったコミュニティベースでの取り組みを進めるべき。さらに、患者自身が医学生や社会に対して、正しい理解に繋がるような情報発信に積極的に取り組んでいくべき
- ◆ 4つの課題と対策をふまえ、糖尿病をもつ人が望む生活に近づけるような医療制度や医療機関での働きかけ、各ステークホルダーが担うべき支援などについて、活発に議論してほしい



基調講演1「厚生労働省の糖尿病対策について」

相原 允一（厚生労働省 健康局 健康課 課長補佐）

日本における生活習慣病と糖尿病の現状について

- ◆ 我が国では、1950～60年は感染症が主な死因であったが、衛生環境の改善により、現在では悪性腫瘍や生活習慣病が全死亡の約6割を占めており、生活習慣病に充てられる医療費は約9兆円の医療費の3分の1を占める
- ◆ 「糖尿病の可能性が否定できない人」（糖尿病予備群）は2007年から減少傾向である一方、「糖尿病が強く疑われる人」（糖尿病有病者）は増加し続けている

厚生労働省の生活習慣病対策（発症予防と重症化予防）

- ◆ 「糖尿病が強く疑われる人」が増えていることを踏まえ、厚労省は国民健康づくり運動を促進しており、2013年から第4次国民健康づくり運動が始まり、第2次健康日本21も進められている
- ◆ 第2次健康日本21では、主に糖尿病の発症予防と重症化予防の徹底、栄養・食生活、身体活動・運動などの生活習慣の改善や社会環境の改善に取り組んでいる
- ◆ 糖尿病の目標設定の考え方として、まずは糖尿病の発症を未然に防ぐ一次予防（発症予防）、次に重症化させない二次予防（重症化予防）、次に合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善という三次予防の3段階で対策を考えている
- ◆ 発症予防の段階における糖尿病対策として、健康づくりの推進、特定健診、特定保健指導の実施をおこなっている。重症化予防の段階では、医療の質の向上や医療体制の整備をはかっている

糖尿病の発症予防としての取組

- ◆ 個人や企業の「健康意識」及び「動機付け」の醸成・向上を図り、社会全体としての国民運動へ発展させることを目的として、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進している
- ◆ 具体的には、取り組みに力を入れている企業に対する「健康寿命をのばそう！アワード」の表彰や「いきいき健康大使」による、各種イベントでの健康づくりの呼びかけなどを行っている
- ◆ 特定健康診査・特定保健指導を義務付けることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す

糖尿病の重症化予防としての取組

- ◆ 糖尿病の重症化は、腎症、網膜症、神経障害、心筋梗塞、脳梗塞、下肢の閉塞性動脈硬化症等の合併症を引き起こす
- ◆ 透析導入患者の主要原疾患の推移をみると、慢性糸球体腎炎は減少傾向だが、糖尿病性腎症が依然として1位である
- ◆ そこで、2016年「厚労省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結し、糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発のための研究や、関連学会と協力して、我が国の糖尿病の状況把握や連携対策をまとめたガイドラインの作成などを進めている。今後、具体的な糖尿病対策プランが立てられることを祈願している



基調講演2「日本における糖尿病ケアと政策的課題」

植木 浩二郎（国立国際医療研究センター研究所 糖尿病研究センター長）

糖尿病の現状について

- ◆ 糖尿病予備群は体重を減量させることで血糖が正常になることから、特定健診や特定保健指導の促進により該当者数が減っている。一方、糖尿病有病者は血糖値が改善しても糖尿病が治癒したとは言えない。糖尿病患者の増加は緩やかになっているが死亡も減少しており、2016年時点で1000万人と年々増加傾向にある
- ◆ 米国のデータ（2014）によると、1990年から2010年にかけて米国の糖尿病患者は3倍に増えているものの、治療の進歩により、心筋梗塞や脳卒中、末期腎不全といった合併症の発症率が抑制されてきた。また、我が国においても死因調査報告から、腎障害・虚血性心疾患・脳血管障害といった血管合併症による死亡が減っていることが明らかになっている
- ◆ 一方で、患者の高齢化により悪性腫瘍や感染症による死因が増えており、特に悪性腫瘍は糖尿病があると罹患のリスクが高くなる。実際、糖尿病有病者を年齢別にみると3分の2が65歳以上の高齢者であり、特に男性の60歳以上で糖尿病有病者割合が増加すると予測されている。そのため、「高齢者糖尿病診療ガイドライン」が策定されているが、エビデンスが十分でないために、真に高齢糖尿病患者の健康寿命を延伸させる効果的な治療法となっているかどうか今後検証する必要がある

早期治療と合併症に関する研究

- ◆ 1998年から2008年の10年間で行われた、United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) により、2型糖尿病への血糖コントロールが合併症を減少させるという結果が明らかになった。一方、わが国では、血糖・血圧・脂質に統合的に介入することによって2型糖尿病の血管合併症が抑制できるかどうかを検証する研究（J-DOIT3: Japan Diabetes Optimal Integrated Treatment Study for 3 Major Risk Factors of Cardiovascular Diseases）が実施され、ガイドラインに沿った早期治療が合併症の抑制に十分に効果を示すことと、さらに厳格にコントロールすることによって脳卒中や腎症を大幅に減少させられることが明らかになった
- ◆ J-DOIT3では、血糖・血圧・脂質に対して、従来のガイドラインよりも厳格な目標に向けた統合的な治療を行う強化療法群と、ガイドラインどおりの基準で管理する従来治療群とにわけて、合併症の発症率などの違いを調査した
- ◆ 結果、両群で治療薬に大きな違いはないなかで、強化療法群では生活習慣の改善がみられ、各測定項目も従来治療群より大幅に改善していたことから、生活習慣の改善が危険因子の改善に貢献することがわかった
- ◆ ただ、今回の研究は専門の施設で専門の糖尿病療養指導士による介入であったこと、70歳以上の高齢者は研究対象に含まれていなかったことから、今後非専門医においても、また高齢者を対象としても同じような結果が得られるか検証が必要である。なお、現在、糖尿病療養指導士に診療報酬はついていないが、本研究での活躍は大きく、また患者のメンタルサポートにもなったことから、今後の診療報酬化が期待される

IoTを活用した糖尿病ケアに関する研究

- ◆ PRISM-J (Prevention of Worsening Diabetes through Behavioral Changes by an IoT-based Self-Monitoring System in Japan)は、患者が入力した活動量・血圧・体重・体組成などのデータをスマートフォン経由でデータセンターに送り、その患者に応じたアドバイスを行うことで血糖コントロールの変化をみる大規模臨床研究である。また、蓄積されたデータをAIで解析することによって、より個別化された患者指導ができるプログラムの開発も予定している
- ◆ また、本糖尿病情報センターでは、電子カルテに入力された検査データ・処方データ、体重や血圧などの身体所見データ、合併症の有無などの患者の病態が自動的にデータベース化される「J-DREAMSデータベース」を運営している。患者の病因や病態は、患者ごとに異なり、我が国の糖尿病患者1000万人に対して1000万通りの個別化医療が必要であるが、本データベースの蓄積により、どのような患者にどのような合併症がみられ、どういう治療をすればその合併症を抑制できるかといった、リアルタイムガイドラインの構築を試みているところである

情報提供による糖尿病ケア

- ◆ J-DOIT2を中断した患者からのアンケート調査によると、中断理由として「自覚症状がないため治療の必要性を実感できない」「インスリン治療にお金がかかる」といった点が挙げられた。治療の必要性をわかってもらうために、また特に2型糖尿病の場合は自己管理で服薬量を減らせることから、正確かつ有益な情報を本センターから発信している
- ◆ 日本糖尿病学会においても「第3次対糖尿病戦略5ヵ年計画」として、社会に向けての情報発信を強化している。また、学会に患者の声が届くようなシステムの構築や患者数に見合った研究費の取得を目指している



スペシャルセッション「糖尿病をはじめとするNCDsに関する世界的連携」

ケニス トープ

PFCDのミッション

- ◆ 啓発：慢性疾患への認識を高め、個人や地域コミュニティのための解決策に関して国民一般に周知する
- ◆ 行動変容：政府、雇用主および医療施設の慢性疾患に対する取り組みへの変化を求めるよう、社会を動かす
- ◆ 挑戦：慢性疾患への効果的な対策に必要な医療政策の改善を政策立案者に求める

糖尿病における現状

- ◆ 世界における糖尿病罹患率は8.5%に上り、これは4億2000万を超える成人が糖尿病であると推計される。血糖値上昇による死亡数は370万人で、このうち糖尿病による死亡が150万人、さらに心血管疾患、腎疾患、および結核による死亡が220万人含まれる
- ◆ 糖尿病患者の増加は世界的な問題となっている。地域ごとにみると、東地中海とアメリカにおける成人の罹患率が顕著に高いが、日本における罹患率もこの水準に向けて継続的に上昇することが予想されている
- ◆ 肥満は糖尿病の主なリスク要因となり、肥満率の上昇は医療費上昇の主要因となる。このことは、約60%の成人が過体重もしくは肥満（BMI \geq 25）である欧米において顕著である
- ◆ 世界における糖尿病による経済的負担は2015年の1兆3200億ドルから、2030年には2兆2500億ドルとなることが予測されている
- ◆ 直接費用として、糖尿病は失明、末期腎不全、四肢切断や心血管疾患といった合併症増加による医療費および社会福祉費用の大幅な増加に結び付いている。間接費用として、糖尿病による影響は保健医療分野に留まらず、欠勤や休業といった就業不能、就業中のパフォーマンス、雇用や世帯収入の減少、死亡率の上昇といった経済成長の損失にまで及ぶ

NCDsの予防と管理

- ◆ 「予防」「発見」「（医療サービス提供と支払い）管理」が、医療費上昇の主な要因に対処するための政策的枠組みの3つの側面である。
- ◆ エビデンスベースの教育の実施と保険給付としての禁煙、食事療法や運動といった予防プログラムはNCDsを予防し罹患率を減少させ、医療費を抑制するだろう
- ◆ 民間セクターから始まった「スタンフォード糖尿病予防プログラム」は、コミュニティベースの組織によって欧米における教育的体制として導入されている。世界の中でもこのプログラムの資金調達を確実にするために、健康保険のモデルの中に統合することを公式に検討している国が複数ある
- ◆ 糖尿病の発見、報告とサーベイランスの割合は改善が望まれる。欧米での現在の発見率は25%から30%の間で停滞している
- ◆ 複合的な慢性症状を抱える人々のニーズをより効果的・効率的に満たすためには、病院での治療よりも、プライマリケアを担う医療提供者のスキルと社会福祉サービスを併用する多職種連携のコミュニティケアが必要となる
- ◆ 多職種連携による医療サービス提供に対する財源的なインセンティブを付与するために、医療サービス提供と支払い制度は価値に基づいた医療（バリューベース・ヘルスケア）や価値に基づいた保険償還の仕組みに移行している。また予防サービスについては、患者負担をなくすことの効果検証が求められる



パネルディスカッション

「コミュニティにおける患者中心の糖尿病ケア・マネジメントの国際的潮流と展望」

パネリスト：

植木 浩二郎

オーレ ムルスコウ ベック（ノボ ノルディスクファーマ株式会社 代表取締役社長）

クリスティーナ パーソンズ ペレス

ケニス トープ

能勢 健介（任意患者団体 MYSTAR-JAPAN 共同代表）

山崎 優介（広島市立安佐市民病院 看護師）

モデレーター：

乗竹 亮治（日本医療政策機構 事務局長）

当日の午前中に開催されたワークショップでは、患者視点から様々な課題が提示された。本パネルディスカッションでは、患者中心の視点からマルチステークホルダーによって糖尿病を取り巻く課題とその解決策についての議論が行われた。議論のポイントは以下の通りである。

■患者中心の制度・政策の立案に向けて、糖尿病に対するスティグマの解消と患者を取り巻く課題を社会全体で共有する必要性

社会全体が糖尿病について正しく理解し、糖尿病に対するスティグマを解消するための積極的なアプローチが必要である

- ◆ 患者個人や患者団体が糖尿病の当事者の立場から、糖尿病になっても工夫しながら通常の生活を送ることができる、決して恐れるようなものではないというポジティブなメッセージを伝えるべき
- ◆ 慢性疾患は単に個人の生活習慣に起因するものではないため、生活習慣病という名称を取りやめる海外事例もある。糖尿病に関して、安易な自己責任論に陥らず、科学的で正確な病態について発信する機会を増大すべき
- ◆ 政府やメディアと連携し、糖尿病を持ちながらもスポーツや文化の第一線で活躍する「チャンピオン」を起点とした啓発活動の展開を促進すべき

糖尿病患者が質・量共に充実した情報を得ることができ、また情報を一方的に得るだけでなく課題意識を言語化し社会に伝える、自身が起点となるコミュニケーションが必要である

- ◆ 糖尿病の診断直後から患者に対する丁寧な情報提供が求められる。治療のアウトカムは診察時に提供される情報や、本人がその他のチャネルから得る情報の質や量によって影響を受けることが明らかになっている。早い段階で質の高い情報を一定量誰もが得られる体制を構築すべき
- ◆ 医療政策は”to the patient”から”for the patient”へ、いまや”with the patient”に変わってきている。例えばがん領域では、国および各都道府県に設置されているがん対策推進協議会の委員として、患者を任命することが一般化されている。患者と共に制度・政策を立案することは、疾患に関係なく医療健康政策領域の必須要件として位置づけられるべき





■患者・予備軍のニーズに応えられる、多様性を前提とした制度運用、保健医療システムの構築を目指す必要性

糖尿病ケアにおいては、日常生活でいかに病気と上手に向き合うことができるかが重要である。そのニーズは病態や患者個々の生活環境・ライフステージによって異なるため、柔軟な対応ができる保健医療制度を目指す必要がある

- ◆ 医師が患者1人の診察に費やすことができる時間は限られている。糖尿病治療においては、治療に加えて生活面でのサポートも重要である。そのため糖尿病認定看護師をはじめとして、医師以外の医療提供者も糖尿病治療に積極的に関わり、多様なサポートに対して、医師や医療提供者がインセンティブを得られる制度設計を進めるべき
- ◆ 一括りに「糖尿病」といっても、I型・II型、また性別や年齢、地域など様々な要因によっても必要とされる治療・ケアは異なる。患者それぞれが病態や生活環境・ライフステージに適合した治療・ケアを受けられる、治療・ケアの多様性を推進する制度設計を目指すべき
- ◆ 上述の通り、患者が得ることのできる情報の質や量によって治療のアウトカムにも影響が出るため、早い段階で質の高い情報を一定量誰もが得られる体制を構築すべき

■糖尿病をはじめとしたNCDsに対しては予防の取り組みも効果的である。そのため、マルチステークホルダーが予防事業の強化に向けた制度の充実、個々の行動変容を促す取り組みが必要である

- ◆ 糖尿病をはじめとするNCDsに対しては予防に投資することで、合併症のリスクやコストを抑えることが期待できる。しかしながら現在の診療報酬体系では予防への取り組みに対する評価がされていないため、医療機関が予防に取り組むインセンティブが働きにくい。インセンティブモデルの検討を進めつつ、保険者と医療提供者が共に、予防の重要性を訴えていくべき
- ◆ 予防事業には政府の役割も重要であるが、それには保健医療分野以外の省庁の参画が必要である。青少年期からの啓発や定期的な運動習慣の醸成に向けては教育分野、また健康的な食生活の推進には農林水産分野、体調管理を促進する新たなデバイスなどイノベーションの推進に向けた経済産業分野など、省庁横断的に戦略を策定すべき
- ◆ 現在日本では「健康経営」への取り組みが盛んになっているが、日本をはじめ労働時間の長い国では、現役世代が定期的な運動習慣を身に付けることが難しい。健康的な生活習慣の確立に向けて、働く環境も見直すべき





■患者を中心としたコミュニティベースの糖尿病対策を進める必要性

糖尿病治療は患者の生活や周囲の環境に強く関係するため、コミュニティベースのアプローチが求められている。そのためにはかかりつけ医の役割や地方自治体の理解と体制づくりが必要である

- ◆ 糖尿病治療においては、患者の生活面のアドバイスも重要であり、そのためには密なコミュニケーションを取ることが必要となる。そうした役割を担うかかりつけ医へのトレーニングは必須であり、地方自治体や地域医師会を中心に積極的に支援を行うべき
- ◆ ヘルスケア企業が自治体と連携し、自治体内の糖尿病患者のデータ分析などを行っている事例がある。啓発活動から重症化予防までを自治体独自で行うのには限界があり、企業やアカデミアと連携しながら、医療提供体制やアーバンデザインなどの地域性を踏まえた対策を進めるべき

コミュニティベースのアプローチを進める上では、各ステークホルダーが個々に対応するのではなく、医療提供者同士、さらにそれらを取り巻くステークホルダーが効率よく連携することが必要である

- ◆ 急速な高齢化と共に今後は糖尿病だけでなく複数の疾患を持つ患者が急速に増えることが予想される。医療提供者の連携により、患者に対する個別化医療を進めるべき
- ◆ 治療だけではなく、患者が糖尿病と共に暮らすことのできる環境整備が必要である。海外には多くの好事例もあり、糖尿病をはじめとするNCDsへの対策にはマルチステークホルダーかつグローバルによる連携を促進すべき
- ◆ 超高齢社会の日本にあって、糖尿病をはじめとするNCDsが増大するなか、どのようなイノベーティブな対応をとっていけるか、世界が注目している。日本発の好事例を促進し、世界に発信し、さらには世界の健康長寿化に貢献していくべき





NCD Global Forum for Civil Society Diabetes Session Patient Leader Workshops

Date & Time : Tuesday, May 29, 2018, 9:30-11:30

Venue : International House of Japan, Rooms 3 & 4

Co-organizers : Health and Global Policy Institute (HGPI)

Kanja (Patient) Speakers Bank (KSB)

Japan Chronic Disease Self-Management Association (J-CDSMA)

Partnership to Fight Chronic Disease (PFCD)

Participants: Patient leaders, next-generation patient leaders, patient leaders from abroad, academia, members of industry, etc.

Program

09:30-09:40 **Opening Remarks • Introduction**

09:40-09:50 **Keynote Address:**

Achieving Health Policies to Reflect the Patient Voice -Perspectives from the HIV Contaminated Blood Incident

Hiroki Takeda (Executive Director, Japan Chronic Disease Self-Management Association (J-CDSMA))

09:50-11:05 **Small Group Workshops • Discussions**

**The Next Move in Diabetes Policy, with Patients' Concerns as the Starting Point,
Considered by Multi-stakeholders**

11:05-11:15 **Small Group Presentations**

11:15-11:25 **Comments from Patient Leaders from Abroad as well as from Other Treatment Areas**

11:25-11:30 **Summary • Closing**



NCD Global Forum for Civil Society Diabetes Session Open Forum

Date & Time : Tuesday, May 29, 2018, 13:00–17:00

Venue : International House of Japan, Iwasaki Koyata Memorial Hall

Organizers : Health and Global Policy Institute (HGPI)

Co-organizer: National Graduate Institute for Policy Studies (GRIPS)

Participants: Patient leaders, healthcare policy experts, ministry officials, industry leaders, etc.

Program: (In no particular order/ Honorifics and titles omitted)

13:00-13:05 **Welcoming Remarks (pre-recorded)**

Kiyoshi Kurokawa (Chairman, HGPI)

13:05-13:15 **Report from Patient Leader Workshops and Opinion Exchange**

Hiroki Takeda (Executive Director, Japan Chronic Disease Self-Management Association (J-CDSMA))

13:15-13:25 **Keynote Address 1: Diabetes Policy in MHLW**

Masakazu Aihara (Deputy Director, Health Service Division, Health Service Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW))

13:25-13:45 **Keynote Address 2: Japan's Diabetes Care and Policy Issues**

Kojiro Ueki (Director, Diabetes Research Center, Research Institute, National Center for Global Health and Medicine (NCGM))

13:45-14:05 **Special Session: Global Cooperation on NCDs Beginning with Diabetes**

Kenneth Thorpe (Chairman, Partnership to Fight Chronic Disease (PFCD))

14:15-15:45 **Panel Discussion:**

Global Trends and Future Outlook of Patient-Centered Diabetes Care and Management in the Community

Panelists:

Kojiro Ueki (Director, Diabetes Research Center, Research Institute, National Center for Global Health and Medicine (NCGM))

Ole Mølskov Bech (President and Representative Director, Novo Nordisk Japan Ltd.)

Cristina Parsons Perez (Capacity Development Director, NCD Alliance)

Kenneth Thorpe (Chairman, PFCD)

Kensuke Nose (Co-Representative, Patient Organization MYSTAR-JAPAN)

Yusuke Yamazaki (Certified Diabetes Nurse Specialist, Hiroshima City Asa Citizens Hospital)

Moderator:

Ryoji Noritake (President, HGPI)

NCD Global Forum for Civil Society Diabetes Session Patient Leader Workshops

Keynote Address: Achieving Health Policies to Reflect the Patient Voice

-Perspectives from the HIV Contaminated Blood Incident

Hiroki Takeda (Executive Director, Japan Chronic Disease Self-Management Association (J-CDSMA))

- ◆ In the early 1980's, HIV, the virus which causes AIDS, contaminated unheated blood clotting factor concentrates derived from overseas (United States) plasma. Without the appropriate safety measures in place, around 1,400 of Japan's 5,000 hemophiliacs became infected with HIV, more than 700 of whom have since passed away. From 1994 to 1996 in particular, the death toll hit its peak, annually claiming around 60 lives. In 1989, those affected filed lawsuits against the Japanese government and pharmaceutical companies in the district courts of both Tokyo and Osaka, and in 1996 a settlement was reached, fully acknowledging the responsibility of the defendants for damages. Within the conditions of the settlement, the government promised permanent compensatory measures, and to date, the government has upheld these conditions and has continued to regularly consult with the victims.
- ◆ Following the settlement, according to the victims' demands, the government worked to improve the healthcare system, including the establishment and maintenance of 8 regional AIDS Clinical Centers (ACCs) focused on AIDS treatment and R&D. The government also implemented policies based on patients' demands to address the issue of drug lag, establishing an expedited approval process for antiretroviral therapies approved overseas, and in 1999, the annual death toll fell to 10. These policies not only saved lives but also laid the foundation for overall HIV care while contributing to the creation of a system that enabled the patient's voice to influence health policies.
- ◆ Since then, as a result of unheated blood products, there have been additional issues associated with HIV/HCV co-infected cases as well as long-term medical treatments, but those affected have regularly consulted with the government, providing life-saving requests that have been incorporated into health policies.
- ◆ Communicating the issues faced by patients to the government in such a way enabled patients to truly get involved in their medical care and enact changes in the realm of policy.

Workshop: "The Next Move in Diabetes Policy, with Patients' Concerns as the Starting Point, Considered by Multi-stakeholders"

Patients, medical professionals, academia, and industry gathered to participate in multi-stakeholder discussions that involved patient leaders. Participants were divided into four groups. The patient leader in each group shared his or her issues and concerns of living daily life with diabetes. Lively discussions were held and opinions exchanged on possible solutions.

<Group 1>

- ◆ In order to enable diabetes patients to receive appropriate treatment from primary care physicians, thorough diabetes education is necessary for these physicians as well as systems such as those for facilitating the process of referring diabetes patients to specialists. When patients are seeing multiple healthcare providers, information needs to be smoothly exchanged among those providers.
- ◆ Due to prejudice and embarrassment associated with their condition, some diabetes patients feel uncomfortable opening up to others about the fact that they are diabetic. As a result, efforts and campaigns are needed to eliminate the stigma surrounding diabetes and foster an accurate understanding of diabetes by society as a whole.
- ◆ One anticipated example aimed at promoting the prevention of diabetes is the expansion of insurance coverage to include blood glucose monitoring devices.
- ◆ Since people are naturally tempted to purchase the snacks and sweets displayed near the cash registers in convenience stores and supermarkets, it may be beneficial to develop mechanisms that provide monetary incentives to retailers for taking active steps toward health promotion such as displaying healthy instead of unhealthy snacks near cash registers.





<Group 2>

- ◆ There is the desire among diabetes patients to make the transition from living as “a sick person in the acute stage who is undergoing treatment” (someone suffering from an illness), to “a patient in the chronic stage who is continuing treatment” (someone with an illness), and finally to “a person who is living daily life on their own terms, regardless of their illness.” But when physicians emphasize the treatment of “sick people” or “patients,” it is a challenge for them to satisfy the needs of diabetes patients who are striving to live their lives to the fullest. Due to the possibility that long-term care workers and non-physician providers (NPPs) can intervene at various stages to meet the diverse needs of diabetes patients, their scopes of practice are likely to expand.
- ◆ In the realm of diabetes in-home care, long-term care workers and medical professionals assist with the self-administration of insulin in cases where nurses or physicians determine that safety can be assured. Carefully investigating actual situations such as these could clarify the roles required from long-term care workers and medical professionals, potentially leading to the expansion of their scopes of practice and serving as precedent for possible developments not only in relation to diabetes but also within other disease areas.
- ◆ In terms of new systems for diabetes prevention and early detection, not only system enforcement, but also verification of system effectiveness and the process of ongoing system improvement is necessary.
- ◆ To further improve diabetes policies, patients need to maintain a sense of prioritization, rather than asking for every desired effort and support.

<Group 3>

- ◆ Since diabetes can lead to a variety of complications including retinopathy, nephropathy, and neuropathy; coordination is necessary among medical specialties. One example is the fact that ophthalmology lacks coordination with other specialties. Active use of the newest technologies is expected, including technologies that enable the facile exchange of electronic medical records (EMRs).
- ◆ People with low health literacy, unable to understand how to interpret their medical exam results, end up seeking treatment late or are hesitant to seek treatment at all due to the negative image of diabetes. Therefore, efforts are needed to improve health literacy including the dissemination of accurate information by the media.
- ◆ Increased spending on diabetes prevention is expected to reduce the medical costs associated with the progression of the disease. Thus efforts should be actively taken to address not only treatment but also prevention.
- ◆ Pharmaceutical companies possess a wealth of information related to their own products. In order to improve patient health literacy, pharmaceutical companies should consider systems or frameworks that enable the direct provision of pharmaceutical product information to patients.

<Group 4>

- ◆ There are concerns that inpatient diabetes education is too short and intense for patients to keep up with the material. Thus, revision of the educational content as well as the system itself should be considered.
- ◆ From the perspective of patients, one crucial element of a “trustworthy physician,” in addition to cooperation with other specialists, is cooperation with their local communities. To increase the number of such physicians, networks need to be established that link physicians to their local communities.
- ◆ To achieve personalized, life-stage- and lifestyle-specific diabetes treatment, patients must actively participate as members of the healthcare team, rather than entirely relying on medical professionals.
- ◆ Businesses need to thoroughly implement regular employee health exams in order to avoid overlooking cases of diabetes. It is expected that this would enable early diabetes detection and treatment, thus decreasing medical expenditures due to disease progression.
- ◆ Some diabetes patients avoid receiving regular employee health exams due to fears of whether diabetes might be used as grounds for their dismissal. Accordingly, diabetes support and understanding is essential in the workplace.
- ◆ By allowing patients to share their struggles and concerns with others who live with the same condition, peer support lowers patient anxieties while also raising health literacy. Thus options should be considered including the development of systems for granting subsidies to patient organizations that conduct peer support activities.

Comments from Patient Leaders from Abroad as well as from Other Treatment Areas

Cristina Parsons Perez (Capacity Development Director, NCD Alliance)

- ◆ As a civil society organization, the NCD Alliance excels at the strategic side of advocacy, at clearly identifying the "What" (What needs to be done?) and the "How" (How do we go about it?), but identifying and communicating the "Why" (Why do decision-makers need to take action?) continues to pose a challenge. The voices and personal experiences of those living with or affected by NCDs are crucial for filling that gap. Patients' voices matter.
- ◆ Last year the NCD Alliance consulted around 2000 people living with a variety of NCD conditions across the world to identify concerns held in common. The "asks" or recommendations that emerged during today's workshop—the need for workplace wellness, the need for employment protection, the need for networks and peer support, the need for self-management information and education, the need for strengthening relationships with medical professionals, the need for subsidizing healthy foods, and the need for financial protection and medical supplies—cut across conditions, across national borders, and across economies.

Kenneth Thorpe (Chairman, PFCD)

- ◆ Like many countries around the world, Japan is going through a major transition in terms of the burden of disease away from CDs and toward NCDs. To address the ongoing needs of people living with chronic health issues, a different type of payment and delivery system is necessary. During the workshop discussions, gaps emerged in three specific policy areas:
 1. Prevention- The need for more wide-spread prevention programs (E.g. Stanford Model diabetes prevention program)
 2. Detection- The need for earlier detection and treatment of diseases
 3. Management- The need for different payment, financing, and delivery systems in order to effectively provide Whole Person Care to people living with multiple chronic conditions (I.e. Community-based care teams composed of primary care physicians, nurse practitioners, registered nurses, diabetes educators, and pharmacists as well as person-level, team-based approaches)

Yukiko Nishimura (NPO ASrid; Advocacy Service for Rare and Intractable Diseases)

- ◆ Four main themes arose for tackling the issues that face people living with diabetes — (1) the need for a shift from treatment to prevention, (2) the need to create integrated systems among disciplines, (3) the need to raise public awareness, and (4) the need for patient-physician collaboration.
- ◆ ASrid participated as a third-party focusing on people living with rare chronic conditions while supporting stakeholders. Patient organizations became active around 1960. In 1972 Japan enacted the world's first public "Outline of Initiatives Against Rare and Intractable Diseases," but it took another 42 years, until 2014, to establish the "Act on Medical Care and Social Support for Patients with Intractable and Rare Diseases." In the interim, the Rare and Intractable Disease Initiatives Committee convened in 2001, but it was composed of medical personnel and administrative authorities, and thus the patient's voice went unheard. In a 2009, the Japan Patient Association (JPA) released a statement that not only made demands but also included compromises on issues such as out-of-pocket payments for treatment. As a result, the patient's voice began to take shape and was incorporated into the legislation of 2014. In the field of rare and intractable diseases, ASrid recognized the importance of setting and discussing priorities in order to create value for patients--something that the legal system cannot accomplish without the patient's voice.
- ◆ Legislation is only the starting point. After a law is enacted, it remains necessary to continually hold discussions on the complex aspects of application. At that stage, issues can only be raised from the side of patients. Patient-reported outcomes must be the first step toward changing the status quo in order to address the challenges of daily life and recovery for those living with rare and intractable diseases.
- ◆ Speaking out on issues of social welfare is possible because many activities focus on people living with or affected by rare or intractable diseases. However, many patient organizations don't engage in efforts related to issues in which they aren't well-versed such as good treatments, medications, and research. As a result, these areas need support.
- ◆ This workshop illustrated the fact that although disease areas may vary, many of the issues faced are shared issues. Involved parties should widely disseminate information on points that cut across conditions. Regardless of whether an issue will involve a stakeholder or whether it will be patient-focused, effective and actionable problem-solving must be approached with an understanding of various viewpoints.



NCD Global Forum for Civil Society Diabetes Session Open Forum

Welcoming Remarks (pre-recorded)

Kiyoshi Kurokawa (Chairman, HGPI)

- ◆ HGPI has been working on a wide variety of global healthcare concerns with the aim of bringing together multi-stakeholders to shape citizen-centered health policies through open dialogue. HGPI has also taken on the role of official point-of-contact for the NCD Alliance in Japan.
- ◆ Tuberculosis was the leading cause of death in many parts of the world until 1960. Although living conditions have improved and measures against communicable diseases have progressed, increases in non-communicable chronic diseases are now a major concern. This significant paradigm shift within health policy is the clear result of technological advancement.
- ◆ The issue of how not only medical professionals and those in government but also patients and their families should take steps to prevent and address NCDs is global, involving not only high-income, but also low- and middle-income countries. In terms of preventive measures, citizen-centered debate that begins with patients and families will lead to better policy options and policy-making processes as well as better clarification of each stakeholder's role.
- ◆ The United Nations will hold a High Level Meeting on NCDs in September of this year. While keeping in mind the possibilities, we would like everyone to discuss the direction in which we should currently be headed as well as how we should go about disseminating recommendations to governments and the international community.



Report from the Patient Leader's Workshop and Discussion

Hiroki Takeda

- ◆ In the morning session, there was a discussion on what support could be offered by stakeholders to improve the quality of life for people living with diabetes and help them deal with the challenges they face.
- ◆ During that discussion, the opinion came up that we might be able to categorize people living with chronic diseases into three phases: "sick people," "patients," and "people who are living with their diseases."
 1. Sick people: Mainly those experiencing the acute phase of their diseases who require many healthcare services;
 2. Patients: People experiencing chronic diseases. They are in the phase of working to deepen their acceptance and knowledge about their disease.
 3. People who are living with their diseases: People at the phase of trying to continue on with their lives while living with their disease. They are attempting to live their lives the way they want to by working to solve various issues posed by their disease, despite having difficult to cure diseases.
- ◆ People may transition back and forth between these phases depending on the progression of their disease. It is during the "sick people" phase that people generally require support (healthcare and treatment) from medical staff. In moving to the "Patients," or "People who are living with their diseases" phases, people begin to move from needing support from medical staff to needing more peer support and community support. By receiving support from appropriate stakeholders in line with their needs, it should be possible for people to increase their understanding of their own situations and choose the way they want to live in the "People who are living with their diseases" phase.

- ◆ What kinds of challenges exist for people living with diabetes? Below are the four main issues discussed, and their countermeasures.
 1.

(Issue) There is social stigma around diabetes, and society in general has a lack of knowledge about the disease.

(Countermeasure) More should be done to spread information and knowledge about diabetes to help people develop a correct understanding of the disease.
 2.

(Issue) There is a lack of collaboration between medical departments when treating diabetes, and a lack of people specializing in diabetes care.

(Countermeasure) More should be done to enhance collaborations among multiple medical departments, and to foster primary care physicians who understand various diseases and who can collaborate with specialists.
 3.

(Issue) Diabetes is expensive to treat.

(Countermeasure) More should be done to create a healthcare system that encourages preventative medical services through the provision of service fees. It is expected that such a system could control rising healthcare costs while helping people in need of support. Furthermore, if blood sugar tests were covered by health insurance for more people, it would be easier for people to manage their own health, and to prevent diseases from becoming worse, thereby decreasing the financial burden placed on the healthcare system.
 4.

(Issue) It is difficult for patients to find physicians they can trust with the treatment of their diabetes. Aside from doctors, other healthcare specialist, such as nurses and pharmacists, are not active in the field of diabetes care, and there is lack of mental health support options for patients as well.

(Countermeasure) More should be done to further cooperation with doctors who support the lives of “People who are living with their diseases,” and to promote community-based initiatives such as peer support systems. Patients themselves should take an active role in efforts to spread information and develop a correct understanding among medical students and society about diabetes.
- ◆ In light of these four issues and countermeasures, active discussions should be held on how the healthcare system and healthcare facilities can be called upon to support people living with diabetes in achieving the lifestyles that they want to have, and on what support each stakeholder should provide.



Keynote Address 1: Diabetes Policy in MHLW

Masakazu Aihara (Deputy Director, Health Service Division, Health Service Bureau, MHLW)

The Current State of Lifestyle-Related Diseases and Diabetes

- ◆ Communicable diseases were the leading cause of death in Japan from 1950 to 1960, but due to improvements in environmental hygiene, cancers and lifestyle-related diseases now account for around 60% of all deaths and one third of the nine trillion yen in national medical expenditures.
- ◆ The number of people living with prediabetes has been in decline since 2007, but the number of people living with diabetes is continuing to rise.

MHLW Initiatives Addressing Lifestyle-Related Diseases (Prevention of Both Onset and Progression)

- ◆ In response to the fact that the number of people living with diabetes is on the rise, the MHLW has been implementing Measures for National Health Promotion. The fourth phase of Measures for National Health Promotion was launched in 2013 and with it the second phase of the ongoing Healthy Japan 21 campaign.
- ◆ The second phase of the Healthy Japan 21 campaign addresses the comprehensive prevention and management of diabetes by working to target lifestyle-related risk factors such as dietary and exercise habits and by improving social environments.
- ◆ In terms of goal-setting for diabetes, measures can be grouped into 3 stages—primary prevention (onset) measures, to catch diabetes before it starts, secondary prevention (progression) measures, to prevent the progression of diabetes, and tertiary prevention measures, to prevent complication-induced organ failures and to improve vital prognoses.
- ◆ As measures in the onset prevention stage—the MHLW is implementing health and wellness initiatives, Specific Health Exams, and Specific Health Guidance. As measures in the progression prevention stage—improvements are being made in medical care quality and medical system organization.

Efforts to Prevent the Onset of Diabetes

- ◆ The MHLW fosters the health awareness and increases the motivation of corporations as well as individuals. In line with the goal of national initiatives being developed by society as a whole, the MHLW is promoting the "Smart Life Project" which supports corporations, organizations, and local governments that undertake health and wellness initiatives.
- ◆ Specifically, corporations that put efforts into such undertakings can receive recognition at various health-promoting events such as the "Let's Live Longer Healthy Lives! Awards" or from the "Energetic Health Ambassador."
- ◆ The MHLW aims to prevent lifestyle-related diseases and optimize medical expenditures by requiring Specific Health Exams and Specific Health Guidance.

Efforts to Prevent the Progression of Diabetes

- ◆ The progression of diabetes can lead to complications such as nephropathy, retinopathy, neuropathy, myocardial infarctions, cerebral infarctions, and peripheral artery disease of the lower extremities.
- ◆ In terms of transition among the main primary diseases of patients initiating dialysis, cases from chronic kidney disease are decreasing, but cases from diabetic nephropathy remain in the lead.
- ◆ As a result, in 2016 the MHLW, the Japan Medical Association, and the Japan Diabetes Countermeasure Promotion Council signed a collaborative agreement on the prevention of diabetic nephropathy progression. These three parties are promoting research for the development of diabetic nephropathy progression prevention programs and are working in cooperation with relevant academic societies to construct guidelines that summarize Japan's grasp of the diabetes situation as well as Japan's collaboration measures. Looking forward, it is the sincere hope of the MHLW to establish a concrete action plan for diabetes.



Keynote Address 2: Japan's Diabetes Care and Policy Issues

Kojiro Ueki (Director, Diabetes Research Center, Research Institute, National Center for Global Health and Medicine (NCGM))

The Current State of Diabetes

- ◆ Based on the fact that blood glucose levels normalize with body weight reduction, the promotion of Japan's Specific Health Exams and Specific Health Guidance has led to decreasing numbers of people who meet the criteria for prediabetes. In the case of diabetes, however, patients cannot be deemed cured, regardless of improvements in blood glucose levels. Although increases in the number of diabetes patients have slowed and mortality rates have fallen, as of 2016, there remains an incidence of 10 million new cases per year.
- ◆ According to data from 2014, while the number of diabetes patients in the United States tripled from 1990 to 2010, the incidence of complications such as myocardial infarctions, cerebral strokes, and end-stage renal failure decreased. Surveys on the causes of death in Japan have also clearly shown that deaths due to renal disorders, ischemic heart disease, and cerebrovascular diseases are on the decline.
- ◆ However, deaths due to cancers and communicable diseases are increasing due to the rapid aging of the population, and, especially in the case of cancer, living with diabetes increases the risk of morbidity. In fact, when viewed by age, two-thirds of diabetes patients are ages 65 or over, and particularly among men aged 60 and over, the proportion of diabetes patients is predicted to increase. "Treatment Guidelines for Older People Living with Diabetes" were developed to address this issue, but the outcome evidence remains insufficient. Thus further consideration is needed as to whether or not treatments are effective in actually extending the healthy life span of older diabetes patients.

Research on Early Treatment and Complications

- ◆ Results from the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), conducted from 1998 to 2008, clearly demonstrate that blood glucose control reduces complications in type 2 diabetes. A study was also conducted in Japan to ascertain whether or not integrated interventions targeting blood glucose, blood pressure, and lipids could reduce cardiovascular complications in type 2 diabetes (J-DOIT3: Japan Diabetes Optimal Integrated Treatment Study for 3 Major Risk Factors of Cardiovascular Diseases). The results clarified that while early, guideline-based treatment is sufficiently effective for reducing complications, more intensive control can dramatically decrease the incidence of strokes and nephropathy.
- ◆ J-DOIT3 divided participants into 2 groups—an intensive-therapy group that received integrated treatments aimed at achieving stricter blood glucose, blood pressure, and lipid targets than those of conventional guidelines; and a conventional-treatment group that was managed according to conventional, guideline-recommended standards. Differences in outcomes such as the incidence of complications were then compared between these 2 groups.
- ◆ Amidst the absence of significant variations between groups in terms of medication regimens, the results revealed that compared to the patients in the conventional-treatment group, the patients in the intensive-therapy group showed greater improvements in lifestyle habits, and their metabolic parameters improved more dramatically, suggesting that improvements in lifestyle contribute to improvements in risk factors.
- ◆ Because J-DOIT3 did not include patients aged 70 and over and interventions were conducted at specialized facilities by specialized diabetes educators and nutritionists, further investigations are needed to verify whether similar results can also be achieved by non-specialists or when targeting older populations. Furthermore, diabetes educators and nutritionists currently cannot receive reimbursement from the public Medical Service Fee payment system, but because they played a significant role in J-DOIT3 and also provided patients with psychological support, changes in the Medical Service Fee payment system are anticipated.



Research on the Use of IoT in Diabetes Care

- ◆ PRISM-J (Prevention of Worsening Diabetes through Behavioral Changes by an IoT-based Self-Monitoring System in Japan) is a large-scale clinical research project in which patients submit data via their smartphones on parameters such as activity level, blood pressure, and body weight. Patients then receive tailored advice, and any changes in their blood glucose control are monitored. The plan is to develop a program that is capable of providing more personalized guidance to patients by analyzing the acquired data with AI.
- ◆ In addition, data entered into electronic medical records (EMRs) including data from lab exams and prescription information, physical exam data such as body weight and blood pressure, and information on the pathophysiology of patients such as the presence or absence of complications is automatically incorporated into the J-DREAMS database (Japan Diabetes comprehensive database project based on an Advanced Electronic Medical record System or J-DREAMS Database), a patient registry managed by the NCGM's Diabetes Information Center. Etiology and pathophysiology vary patient by patient, meaning that Japan's 10 million diabetes patients require 10 million personalized treatments. With the creation of the J-DREAMS database, we are now at the point of trying to produce real-time guidelines such as which kinds of complications are observed in which types of patients and which treatments can best manage those complications.

The Provision of Information in Diabetes Care

- ◆ According to a questionnaire-based survey, patients dropped out of the J-DOIT2 (Japan Diabetes Outcome Intervention Trial 2) for reasons such as "being unable to understand the need for treatment due to the absence of subjective symptoms" and "the fact that insulin costs money." To help patients understand the need for treatment, and because, especially in the case of type 2 diabetes, self-management reduces dosages, the Diabetes Research Center disseminates accurate and helpful information.
- ◆ The Japan Diabetes Association (JDA) is also strengthening the dissemination of information to society with its "Third Strategic Diabetes Five-Year Plan." In addition, the JDA aims to create a system that will help the patient's voice reach academic circles and to acquire research funding commensurate with patient numbers.



Special Session: “Global Cooperation on NCDs Beginning with Diabetes”

Kenneth Thorpe

The Mission of the PFC

- ◆ Educate the public about chronic disease and potential solutions for individuals and communities
- ◆ Mobilize the public to call for change in how governments, employers, and health institutions approach chronic disease
- ◆ Challenge policymakers on the health policy changes that are necessary to effectively fight chronic disease

The Current State of Diabetes

- ◆ The global prevalence of diabetes, 8.5%, exceeds 420 million adults. The total burden of death from elevated blood glucose, 3.7 million people, includes 1.5 million deaths from diabetes and an additional 2.2 million deaths from cardiovascular disease, kidney disease, and tuberculosis.
- ◆ Rising diabetes prevalence is a global issue. Viewed by region, prevalence among adults is particularly high in the Eastern Mediterranean and the Americas, but prevalence in Japan is also projected to rise continuously from this point forward.
- ◆ Obesity is a key risk factor for diabetes, and rising obesity rates are a key driver of rising healthcare costs. This has been particularly clear in the United States (U.S.), where approximately 60% of adults are overweight or obese (BMI \geq 25).
- ◆ The global economic burden of diabetes, 1.32 trillion dollars in 2015, is expected to increase to 2.25 trillion dollars by 2030.
- ◆ In terms of direct costs, diabetes is associated with significant increases in medical and social welfare expenditures due to increased rates of complications such as loss of vision, end-stage renal disease, amputations, and cardiovascular diseases. In terms of indirect costs, the impact of diabetes extends beyond the healthcare sector, leading to lost economic growth due to increased absenteeism and presenteeism, reductions in employment and family income, and higher mortality.

Prevention and Management of NCDs

- ◆ Prevention, detection, and management (delivery and payment) are the three aspects of the policy framework that address key drivers of rising healthcare costs.
- ◆ Providing evidence-based education and prevention programs for smoking, diet, and exercise as insured benefits will reduce the incidence and prevalence of NCDs, curbing medical costs.
- ◆ The Stanford HealthCare Diabetes Education and Prevention Program that originated in the private sector is being introduced into educational settings in the U.S. by community-based organizations. Several countries around the world are considering formally integrating this program into their health insurance models in order to ensure that the program is financed.
- ◆ Diabetes detection, reporting, and surveillance rates must be improved. The current detection rate in the U.S. still hovers between 25 and 30%.
- ◆ Rather than hospital-based care, team-based community care utilizing the combined skills of primary care providers and social services is necessary for effectively meeting the needs of people living with multiple chronic conditions.
- ◆ To provide financial incentives for team-based care, delivery and payment systems are transitioning to value-based health care and value-based insurance. The benefits of eliminating patient cost-sharing for preventive services should also be considered.



Panel Discussion

"Global Trends and Future Outlook of Patient-Centered Diabetes Care and Management in the Community"

Panelists:

Kojiro Ueki

Ole Mølsvkov Bech (President and Representative Director, Novo Nordisk Japan Ltd.)

Cristina Parsons Perez

Kenneth Thorpe

Kensuke Nose (Co-Representative, Patient Organization MYSTAR-JAPAN)

Yusuke Yamazaki (Certified Diabetes Nurse Specialist, Hiroshima City Asa Citizens Hospital)

Moderator:

Ryoji Noritake (President, HGPI)

In the morning workshop, a variety of issues were addressed from the patient's point of view. During this panel discussion, multi-stakeholders discussed the issues and solutions surrounding diabetes from a patient-centered point of view. Discussion points included the following:

■ **To facilitate the planning of patient-centered diabetes programs and policies, there is a need for society as a whole to share in the elimination of stigma and the issues surrounding patients.**

For society as a whole to correctly understand diabetes and eliminate the surrounding stigma, an active approach is necessary.

- ◆ Individual patients and patient organizations, speaking from the standpoint of those directly affected by diabetes, should convey the positive message that even if diagnosed, people can find ways of living normal lives, and that diabetes is not something to fear.
- ◆ There are cases abroad of abandoning the term "lifestyle disease," due to the fact that chronic conditions are not simply caused by the lifestyle habits of individuals. More opportunities should be created for disseminating the actual, scientific pathology of diabetes rather than turning to simple theories of self-responsibility.
- ◆ The development of awareness-raising activities should be promoted, beginning with "champions"-people who remain active on the front lines of sports and culture while living with diabetes and who cooperate with governments and the media.

Beyond being able to access information that is sufficient in terms of quality and quantity, and beyond the one-way consumption of information, it is necessary for patients to act as the starting point, putting into words and communicating to society their awareness of the issues.

- ◆ Immediately following a diagnosis of diabetes, thorough information needs to be provided to patients. It has become clear that treatment outcomes are influenced by the information provided during exams as well as the quality and quantity of information that patients themselves obtain from other channels. Systems should be established that make it possible for anyone to obtain early on a certain amount of high quality information.
- ◆ Stakeholder involvement in health policy is shifting from being "to the patient," to being "for-the-patient," and now "with the patient." As an example, it is now general practice in the realm of cancer policy to include patients as members on the national and local Cancer Policy Promotion Councils. Regardless of the disease area, in the realm of health policy, planning programs and policies alongside patients should be considered an essential requirement.





■ **There is a need to work toward the creation of healthcare systems and system management that is premised on diversity and able to meet the needs of patients and people at risk.**

In diabetes care, the question of how the condition can be managed well in daily life is very important. The needs of individual patients vary depending on pathology as well as lifestyle and life-stage. It is therefore necessary to aim for a health insurance system that is able to flexibly respond.

- ◆ The length of time that physicians can spend on individual patient exams is limited. Within diabetes care, in addition to treating the condition, it is also important to support the aspects of daily life. Therefore, non-physician practitioners (NPPs), starting with registered diabetes nurse specialists, should also participate actively in diabetes treatment, and the design of systems that allow physicians and NPPs to receive incentives for a variety of support should be promoted.
- ◆ Although lumped together under the term "diabetes," necessary treatment and care vary depending on various factors such as type (I or II), gender, age, and environment. Systems should be designed that promote diversity in treatment and care and further the ability of patients to receive treatment and care uniquely suited to their pathologies, lifestyles, and life stages.
- ◆ As previously mentioned, treatment outcomes are affected by the amount and quality of information that patients are able to receive, so systems must be established that make it possible for anyone to obtain early on a certain amount of high quality information.

For NCDs including diabetes, preventive measures are effective. It is therefore necessary for multi-stakeholders to improve systems that strengthen prevention efforts and that encourage individual behavior changes.

- ◆ Investing in the prevention of NCDs including diabetes is predicted to suppress the risks and costs of complications. In Japan however, under the current national system for reimbursement of medical fees, prevention efforts are not covered, so it is difficult for incentives aimed at the prevention efforts of health providers to work. In considering incentive models, both healthcare providers and insurers need to appeal to the importance of prevention.
- ◆ While the government's role is important with regards to prevention efforts, participation is necessary from ministries and agencies beyond the field of healthcare. Strategies should be formulated across government ministries, such as fostering diabetes awareness and regular exercise habits from a young age within the field of education, promoting healthy eating habits within the field of agriculture, and promoting innovations such as new devices that facilitate self-management within the field of economics.
- ◆ Efforts aimed at workplace wellness are now actively underway in Japan, but in countries that face long working hours such as Japan, it is particularly difficult for the working generations to develop regular exercise habits. To establish healthy lifestyle habits, work environments should also be re-examined.





There is a need to advance patient-centered, community-based diabetes policies.

Diabetes treatment is strongly related to the lifestyles and surrounding environments of patients, so community-based approaches are required. To that end, the role of primary care physicians is important as well as an understanding of regional governments and the formulation of local systems.

- ◆ Since providing advice on the lifestyles of patients is also important in diabetes treatment, close communication is a necessity. Training is needed for primary care physicians who assume such roles, and regional governments and regional medical associations must actively be given focused support.
- ◆ There are cases in which healthcare companies are cooperating with municipal governments, conducting activities such as analyzing local diabetes patient data. From awareness-raising activities to the prevention of disease progression, there are limits to the efforts made independently by municipal governments. In cooperation with industry and academia, initiatives based on regional characteristics such as the healthcare delivery system and urban design should be promoted.

To promote community-based approaches, effective, integrated responses from healthcare providers and their surrounding stakeholders are necessary, rather than fragmented responses from individual stakeholders.

- ◆ In the future, along with the rapid aging of the population, it is predicted that the number of patients living with not just diabetes but multiple, comorbid conditions will rapidly increase. Personalized medicine should be promoted for patients through the integrated cooperation of healthcare providers.
- ◆ In addition to treating diabetes, it is also important to create environments that make it possible for patients to live well with their condition. Many successful examples from abroad point to the fact that for tackling NCDs such as diabetes, global, multi-stakeholder cooperation should be advanced.
- ◆ The world is watching with regard to what type of innovative responses will work in Japan's super-aging society amidst rapid increases in NCDs such as diabetes. Best practices from Japan should be promoted and disseminated abroad to contribute to healthy aging around the world.



日本医療政策機構とは

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となることを目指しています。

協賛：

エドワーズライフサイエンス
ノボ ノルディスクファーマ株式会社

共著者：

西本 紘子（日本医療政策機構 マネージャー）
栗田 駿一郎（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
近藤 由依子（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
ムント アマンダ（日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）
浅野 由莉（東京大学大学院学際情報学府 博士課程）
乗竹 亮治（日本医療政策機構 事務局長）

About Health and Global Policy Institute (HGPI)

Health and Global Policy Institute (HGPI) is a Tokyo-based independent and non-profit health policy think tank, established in 2004. Since establishment, HGPI has been working to help citizens shape health policies by generating policy options, and to bring stakeholders together as a non-partisan think-tank. The mission is to improve the civic mind and individuals' well-being and to foster a sustainable healthy community by shaping ideas and values, reaching out to global needs, and by catalyzing society for impact. We commit to activities that bring together relevant players in different fields, in order to provide innovative and practical solutions, and to help interested citizens understand choices and benefits in a global, broader, and long-term perspective.

Sponsored by:

Edwards Lifesciences Corporation.

Novo Nordisk Pharma Ltd.

Authors:

Hiroko Nishimoto (Manager, HGPI)

Shunichiro Kurita (Senior Associate, HGPI)

Yuiko Kondo (Senior Associate, HGPI)

Amanda Mundt (Program Specialist, HGPI)

Yuri Asano (The university of Tokyo, Interfaculty Initiative in Information Studies, Graduate School of Interdisciplinary Information Studies)

Ryoji Noritake (President, HGPI)

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ3 階

Global Business Hub Tokyo

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-mail: info@hgpi.org

Health and Global Policy Institute (HGPI)

Grand Cube 3F, Otemachi Financial City, Global Business Hub Tokyo
1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo 100-0004 JAPAN

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-Mail: info@hgpi.org